



Х.Х. МАНСУРОВ

**АВИЦЕННА
О НЕКОТОРЫХ
БОЛЕЗНЯХ
ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ
И ПРАВИЛЬНОМ
ПИТАНИИ**

АКАДЕМИЯ НАУК ТАДЖИКСКОЙ ССР
ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Х. Х. МАНСУРОВ

АВИЦЕННА
О НЕКОТОРЫХ БОЛЕЗНЯХ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
И ПРАВИЛЬНОМ ПИТАНИИ

Ответ. редактор —
кандидат биологических наук
И. П. ИЩЕНКО

Издательство «ДОНИШ»
Душанбе — 1980

УДК 616,3: 615 874

Мансуров Х. Х. Авиценна о некоторых болезнях органов пищеварения и правильном питании. — Душанбе: Дониш, 1980, с. 44.

В брошюре рассмотрены изложенные в «Каноне врачебной науки» некоторые вопросы диагностики, клиники и диетологии с позиций современной клинической медицины; показаны исторические заслуги Авиценны в области гастроэнтерологии и гепатологии. И в наше время заслуживают большого внимания суждения Ибн-Сино о правильном питании и быстром излечении от токсических воздействий алкоголя в случае его употребления.

Брошюра представляет интерес для научных работников и врачей, интересующихся проблемами гастроэнтерологии и диетологии, и для широкого круга читателей.

ИБ 562

М $\frac{4101010000-029}{М502-80}$ 131--80 © Издательство «Дониш», 1980 г.

«КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» С ПОЗИЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

«Китаб ал-канун фи-т-тибб», или «Канон врачебной науки»,* неповторимый своей славной историей, безусловно, представляет собой величайший по своему значению и содержанию памятник человеческой культуры. Трудно назвать другое подобное энциклопедическое издание, чтобы оно столетиями могло служить настольным пособием для специалистов всего европейского континента, столько раз переиздаваться и переводиться на многие языки и спустя 1000 лет оставаться неисчерпаемой кладовой человеческой мудрости.

Самое поразительное то, что и сегодня, читая этот капитальный труд, любой представитель клинической медицины без труда найдет в нем «каноны» (правила), которые полностью сохранили свое значение. Порою они настолько подробно расписаны, что можно, ничего не добавляя, принять их как должное. Вместе с тем можно привести немало фактов, свидетельствующих об исторических заслугах творца «Канона врачебной науки». В Европе средних веков — как справедливо подчеркивает Б. Д. Петров — никого нельзя было поставить рядом с автором «Канона» ни по объему разнообразных знаний, ни по талантливости, трудоспособности и гигантским творческим итогам. Об исключительных достоинствах Абуали ибн-Сины свидетельствуют следующие слова гения эпохи Возрождения Микельанджело: «Луч-

* Все цитаты настоящей брошюры даются по изданию: Абуали ибн-Сино. Канон врачебной науки. Кн. 1—3. Ташкент, 1954—1959.

ше ошибиться, поддерживая Галена и Авиценну, чем быть правым, поддерживая других».*

В настоящей брошюре рассмотрены некоторые вопросы диагностики, клиники и диетологии, изложенные в «Каноне врачебной науки», с позиций современной клиники, и прежде всего — гастроэнтерологической. Мне, как представителю гастроэнтерологической клиники, хотелось указать на истоки нашей науки. Отметим, что в ряде случаев в литературе не указывают на приоритет Авиценны в этой области. Так, например, в недавно изданной в Великобритании в целом хорошей и очень полезной монографии по лечению хронических запоров** изложение вопросов этиологии, механизмов развития, а также их диетического лечения весьма созвучно с таковым в «Каноне врачебной науки», однако авторы книги ни разу не цитируют Ибн-Сину.

Мы стремились показать неисчерпаемость материалов «Канона врачебной науки» для дальнейшего развития клинической медицины, включая проблемы современной гастроэнтерологии и диетологии.

КЛЮЧИ К ДИАГНОСТИКЕ

Многие субъективные и объективные симптомы, а также другие признаки (ключи), включая некоторые синдромы, о которых сообщает в своем неповторимом «Каноне врачебной науки» наш великий предшественник Абуали ибн-Сино, по сей день не потеряли своего диагностического значения.

Перечисляя десять признаков, по которым узнается состояние натуры, Ибн-Сино подробно останавливается на значении ощупывания (пальпация), осмотра ногтей (например, выпуклость ногтей чаще наблюдается при чахотке), волос (быстрый рост, обилие или скудность, тонкость или грубость, гладкость или курчавость), окраски кожных покровов и видимых слизистых оболочек («белизна указывает на недостаток крови»). Связывая желтуху чаще с поражением печени, он в то же вре-

* Цит. по Б. Д. Петрову. Ибн-Сина—творец «Канона».—В кн.: Абуали Ибн-Сино. «Канон врачебной науки», кн. 1, с. 11.

** Management of constipation, ed by A. Jones and E. G. Godding. Blackwell, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1972.

мя допускал ее возникновение при недостатке крови. В «Каноне» имеется упоминание о существовании третьей разновидности желтухи, когда «кожа лица чернеет из-за большой едкости желчи».

Развитие желтухи Ибн-Сино связывает с изменением цвета мочи: «При желтухе моча краснеет, вплоть до перехода к черноте. Такая моча красит одежду краской, которая не отходит, и чем больше ее, тем лучше. Дело в том, что если моча при желтухе белая или только слегка красная, а желтуха продолжается по-прежнему, то можно опасаться водянки».* У желтушного больного задержка мочи является дурным признаком.

К серьезным диагностическим признакам (ключам) Ибн-Сино относил необходимость учета состояния душевных сил, сна, бодрствования и сновидений, «быстроты реакции» органов на то или иное воздействие. При суждении «о натуре мозга» он исходил из цвета глаз. Пользовался перкуссией, в том числе брюшной полости. Простукивая область живота, различал «бурдючную» водянку и «барабанную» — признак, указывающий на «ветры».

Специально рассматриваются в «Каноне» признаки наружных и внутренних «опухолей» в зависимости от чувствительности органа или ткани. Так, «когда горячие опухоли образуются в нервах, то боль очень резкая...». Они быстро «звергают в остолбенение и в умопомешательство, создают расстройства сгибательных и разгибательных движений. Все опухоли внутренностей вызывают утончение и исхудание мягких частей живота».**

Диагностические признаки, приводимые в «Каноне», относятся к различным областям клинической медицины — терапии, неврологии, нейрохирургии, психиатрии, педиатрии, хирургии, диетологии, бальнеологии, оторинологии и т. д.: «Когда накопившаяся материя превращается в гной, то боль и припадки лихорадки и пульсация успокаиваются, и вместо боли появляется нечто вроде зуда. Если раньше была краснота и твердость, то краснота исчезает и надавливаемое место становится

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 266.

** Там же, с. 237.

мягким, все болезненные ощущения проходят и тяжесть опухоли достигает предела».*

Поражают приводимые в «Каноне» признаки перехода «материи при внутренних опухолях» из органа в орган, причем подчеркнуто, когда такой переход хорош и когда дурен, как например, из плевры в область сердца или в легкое. К признакам «перемещения внутренних опухолей и гноя вверх» он относил, в частности, затрудненность и стесненность дыхания. «Если опухоль направляется вверх и овладеет мозгом, то это плохо и представляет опасность, если она направляется к мягкому мясу, находящемуся за ушами, то тут есть надежда на спасение».**

Объем нашей брошюры не позволяет хотя бы в краткой форме остановиться на ключах «науки о пульсе», как ее назвал сам автор «Канона». Пульс, согласно Ибн-Сине, представляет собой движение сосудов, состоящее из сжатия и расширения. Пульс следует прощупывать, когда человек свободен от гнева и радости, не делает физических усилий, не испытывает каких-либо воздействий, связанных с чувством голода и сытости. Желаящему овладеть наукой о пульсе Ибн-Сино рекомендовал «предварительно испытать уравновешенного человека с превосходным здоровьем». Кроме того, он считал весьма желательным, чтобы каждый знал частоту своего пульса и в случае заболевания мог сообщить врачу о своей норме. При исследовании пульса Ибн-Сино обращал внимание на его наполнение, ровность (ритмичность), неровность (аритмичность), частоту, твердость (напряжение), полноту и т. д. Он подробно описал разновидности пульса, выделенные особыми названиями, показал особенности пульса у мужчин и женщин, зависимость пульса от сна и бодрствования, возраста и времени года. Обстоятельно повествует великий медик о пульсе, обусловленном принятой пищей, причем он подчеркивает, что на характере пульса отражается как ее количество, так и качество; описывает законы пульса у купающихся в бане, сообщает о пульсе беременных, при болевых ощущениях, душевных заболеваниях и т. д. Материалы данного раздела дают основание

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 237.

** Там же, с. 238.

для заключения о том, что во времена Галена и Абуали ибн-Сины медики, прощупывая пульс больного, пытались получить от такого рода исследования больше информации, чем в наше время. Изобилие инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы в наше время ослабило врачебное внимание к обстоятельному изучению пульса, которое предписывалось еще в «Каноне врачебной науки».

Ибн-Сино хорошо понимал, что поражение того или иного органа не ограничивается локальной патологией, поскольку заболевания «иногда случаются в одном органе, а иногда возникают при соучастии нескольких органов». При этом он видел четкое различие между заболеванием сопутствующим и возможными осложнениями. «Мы скажем: надлежит рассмотреть, которое из заболеваний случилось раньше, и предположить, что оно основное, а второе — соучастствующее... Установить, которое из них возникает после и проходит, когда устраняется первое».* (Разрядка наша — Х. М.). Совершенно ясно, что в последнем случае он имел в виду осложнения основного заболевания.

Чтобы правильно оценить заболевание, его природу, локализацию поражения, определить расстройство функции, Ибн-Сино считал необходимым знание анатомии и опирался на следующие шесть правил распознавания внутренних болезней: исходить из качественных и количественных нарушений функции, изучить характер извержений (под последними он понимал мочевыделение, освобождение кишечника от испражнений, выделение рвотных масс, желчевыделение и потовыделение), определить локализацию боли, опухоли, положение органа и помнить внешние проявления заболевания.

Следовательно, можно с полным основанием утверждать, что уже тогда Абуали ибн-Сино предъявлял к диагностике требования, которые не отличаются от таковых в сегодняшней клинике — анатомическое определение патологического процесса, оценка функциональных нарушений, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

В «Каноне» четко сформулировано понятие об ор-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 223.

гане «наименьшего сопротивления» (*Locus minoris resistenti*): «Иногда один орган слабее другого, и он скорее подвержен заболеванию».*

Абуали ибн-Сино скрупулезно изучал выделения у больного человека. Его по праву можно назвать основоположником современной лабораторной диагностики. Требования, предъявляемые им к исследованию мочи, обязательны и в наше время: необходимо брать утреннюю (первую) порцию мочи в чистый сосуд и беречь от действия солнечных лучей; важно не откладывать исследование мочи на длительное время. Он считал неверной рекомендацию некоторых медиков исследовать мочу через шесть часов («а я говорю — и через час тоже не следует»), так как ослабевают признаки, изменяется цвет и характер осадка мочи. Великий медик наказывал, чтобы больной перед собиранием мочи для анализа не пил, не ел пищу, особенно шафран, гранат и кассию, которые окрашивают мочу в желтый и красный цвет, или овощи — они окрашивают мочу в зеленый цвет — и горькие вещества, окрашивающие мочу в черный цвет. «От обычной же пищи моча белеет и остается белой, пока желудок не возьмется за переваривание ... Больной не должен принимать ничего такого, что гонит соки».** Во времена Ибн-Сины, естественно, не делали химический анализ мочи и тем более микроскопию ее осадка. Однако столь тщательное исследование мочи, расписанное в нескольких параграфах «Канона», не может не вызвать восхищения, и, может быть, зря в сегодняшней нефрологии и урологии методика исследования мочи по Ибн-Сине не получила должного внимания: «Знай, что моча, когда ты приближаешь ее к глазам, кажется менее прозрачной, а когда отдаляешь ее от глаз — более прозрачной. Благодаря этому можно распознать все примеси»***

Ибн-Сино считал очень важным исследование мочи для определения поражения печени и состояния сосудов. При этом он называет следующие семь категорий признаков: цвет, состояние, прозрачность и мутность, оса-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 223.

** Там же, с. 269.

*** Там же, с. 264.

док, скудность и обилие, запах, пенистость. Далее Ибн-Сино подробно описывает цвет мочи с характерным желтым осадком при желтухе. Связано это с тем, что желчь в результате закупорки не изливается в кишки естественным и обычным образом, но вынуждена сопутствовать моче и выходить вместе с нею или же это бывает при слабости печени (при водянке). При «острых кровавых болезнях» цвет мочи бывает подобен крови. При этом появление крови не связано с вскрытием сосудов, а обусловлено их переполнением. Обсуждается значение оценки осадка мочи, в том числе для суждения о прогнозе заболевания. Так, если выделение жидкой мочи сопровождается бессонницей, расстройством ума, головной болью, то можно ожидать носовое кровотечение, причем причиной всего этого могут быть камни в почках. Черная моча может быть и дурной при болезнях почек и мочевого пузыря. Черная моча у стариков всегда является признаком значительного расстройства здоровья. Красная моча при болезнях почек дурна; она чаще всего указывает на горячую опухоль (гипернефрома?), а при головных болях предвещает умственное расстройство (сосудистый криз?). При опухоли почки моча имеет красный оттенок и не дает осадка. Мутная моча с красным оттенком скорее бывает при опухоли печени.

Далее приводятся диагностические ключи по критериям прозрачности и мутности мочи. Заслуживает внимания суждение Ибн-Сины о том, что выделение жидкой мочи при одновременном ощущении боли в нижней части поясницы и в почках свидетельствует о склонности органа к образованию опухоли. Густая моча, имеющая осадок цвета оливкового масла, указывает на наличие камней. Если в моче встречаются переплетенные друг с другом нитеобразные тела, то это значит, что она выпущена после полового сношения. Поражает наблюдательность Ибн-Сины, когда он описывает признаки определения осадка мочи: он выяснял, из каких веществ состоит осадок, его количество и качество, положение частиц, место и время их оседания и состояние смесей осадка. Следовательно, и без микроскопии осадка, простым его исследованием гениальный медик получал немало информации довольно доступным, но скрупулезным анализом. Большинство осадки имеют

цвет мочи (кроме белого), самым лучшим является **красный осадок**, затем идет желтый, а за ним — **оранжевый**. Самым плохим считается осадок, имеющий окраску чечевицы. Нам думается, что в современной нефрологии неплохо было бы обратить внимание на возможное использование перечисленных простых прогностических признаков. Представляется весьма аргументированным и следующее соображение Ибн-Сины: «Не нужно ожидать, чтобы моча худощавых и больных людей содержала столько же осадков, сколько моча тучных больных».* И далее, у почечных больных осадок мочи иногда имеет красный цвет мяса (эритроциты?), но «мясообразный» осадок возможен и без поражения почек. Гноевидный осадок больше характерен для заболевания мочепускающих путей. Пескообразные осадки всегда свидетельствуют о наличии камней. Не останавливаясь на других признаках исследования мочи, подчеркнем, что Ибн-Сино знал и такие симптомы, как анурия и полиурия, особенности мочи в зависимости от возраста и пола, ее изменения при беременности, а также у рожениц и т. д. Мочевых признаков в «Каноне врачебной науки» настолько много, что неплохо бы, используя машинную диагностику, тщательно изучить их и оценить с точки зрения наших современных знаний.

Заслуживают внимания признаки, определяемые исследованием кала. Для суждения о состоянии кишечника рекомендовано исходить из количества и качества испражнений, их окраски, запаха и «вкуса во рту». По характеру пленки, выходящей при кровавом поносе, Ибн-Сино мог установить топику процесса в толстом и тонком кишечнике. Мокрый кал — признак плохого пищеварения, пенистый имеет место при сильном жаре или его смешении с большим количеством «ветра». Сухость кала наблюдается при мочеизнурении, наличии огненного жара или же в результате продолжительного пребывания в кишке ее содержимого. Наконец, белая окраска кала характерна для закупорки желчного протока, причем «лишенный обычного цвета кал предвещает о желтухе».**

Известно, что в переходном периоде жизни к началу

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 278.

** Там же, с. 365.

полового созревания у юношей, особенно у девочек, нередко наблюдаются дискинетические расстройства, склонность к спастическим сокращениям кишечника. Об этом хорошо был осведомлен и великий медик: «Готовность к расстройству желудка и спазмам также препятствует опорожнению. Возраст, не дошедший до полной зрелости, а также перешедший к увяданию, препятствует опорожнению.*

Помимо диагностических признаков (симптомов) Ибн-Сино рекомендовал пользоваться определенными их совокупностями, т. е. синдромами. Так, беспокойное состояние «в лице, в веках и пальцах» должно побуждать действия, направленные на «исправление состояния печени, так как в противном случае у больного появится водянка».** Головная боль, сопровождающаяся покраснением лица и глаз, светобоязнью, должна служить основанием для кровопускания.

Для своевременного распознавания недуга Ибн-Сино обращает внимание на такие общие признаки, как уменьшение или, напротив, повышение аппетита. Важно учитывать всякие отклонения: «Вообще, всякое изменение обычного состояния аппетита, испражнения, мочеиспускания, полового влечения, сна, потения, телесного зуда, остроты памяти, вкуса, частоты ночных поллюций, выражается ли это изменение в уменьшении или увеличении, или в изменении их качества, то все это предупреждает о каком-нибудь заболевании»***

ИСТОКИ УЧЕНИЯ О ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Известно, что термин «цирроз» применительно к печеночным заболеваниям был введен французским клиницистом Лаеннеком в 1819 г. Лаеннек описал одного солдата (сорока семи лет) «с асцитом, геморрагическим плевритом и органическим заболеванием печени». Печень солдата была резко уменьшена, с бугристой поверхностью, желто-серого цвета. Однако

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 387.

** Там же, с. 364.

*** Там же, с. 364—365

эта болезнь, названная циррозом печени, несомненно, была известна еще раньше.

Говоря об истоках учения о циррозе печени, почему-то многие вспоминают анатомов XVI в., описавших на вскрытии твердую рубцовую печень, и далее приводят различного рода исторические справки, относящиеся к первой половине XIX столетия. Между тем в «Каноне врачебной науки» можно встретить довольно подробное описание этой болезни: когда состояние печени портится и ею овладевает слабость еще до появления водянки, кожные покровы становятся бледными или желтушными, характерна «малая величина» органа. «Водянка, возникающая вследствие затвердения селезенки (подпеченочный блок?, синдром Банти?), много безопасней той, что бывает от затвердения печени».* У больных наблюдаются отеки век, лица и ног, в результате они становятся тестообразными. Если образуется язва, она с трудом заживает. Больные выделяют мало мочи, умножаются ветры, раздуваются брюшные стенки, иногда раздуваются мошонка и яички. Если «мошонка участвует во вздутии», то можно опасаться просачивания жидкости наружу. Водянке могут предшествовать различные болезни печени, закупорки, которые запирают устье сосуда (тромбоз воротной вены?—Х. М.), «а также затвердения оболочки, окружающей печень».**

Нетрудно догадаться, что в последнем случае Ибн-Сино имел дело с больными, патология которых в литературе связана с именем Куршмана. В 1884 г. Куршман привлек внимание к хроническому гиперпластическому перигепатиту при полисерозитах (протекающих также с перикардитом); это так называемая глазурная печень, в развитии которой (в отличие от пиковской формы болезни) главная роль принадлежит воспалительному процессу (перигепатит), в то время как сердечный застой не имеет существенного значения (А. Л. Мяеников, 1949). Именно при псевдоциррозе Куршмана со стороны печени обнаруживается резкое утолщение брюшного покрова с обильными беловатыми отложениями фибрина по поверхности, напоминающими засахаренный слой; нередко эта оболочка сплюсчивает, сжимает печень. На

* Канон врачебной науки, кн. 3, т. 2, с. 80.

** Там же, с. 78.

разрезах тканей органа застойна, соединительнотканьные волокна утолщены; в далеко зашедших случаях печеночная паренхима значительно атрофирована.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что Абуали ибн-Сино действительно пользовался больных, которых лишь спустя почти девять столетий подробно изучил и описал Куршман.

О РАКОВОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Во втором томе третьей книги «Канона врачебной науки», рассматривая раковую опухоль печени, Ибн-Сино прежде всего говорит о двух вариантах болезни, соответствующих, по-видимому, современному представлению: а) возникающей из предшествующей «горячей опухоли» (по всей вероятности, Ибн-Сино при этом имел в виду развитие рака печени после перенесенного гепатита с исходом в цирроз-рак); б) развивающейся с самого начала в виде «твердой опухоли» (гепатомы?). Такую опухоль можно определить прощупыванием области правого подреберья, особенно если у больного отсутствует водянка. Брюшные стенки при этом худеют и слабеют, так что легко можно обнаружить полулунную опухоль, протекающую без выраженной боли. В то же время, если боль совершенно не ощущается, то это значит, что опухоль «встала на путь умерщвления органа». Иногда раковая опухоль вызывает икоту и тошноту, у больных нарушается аппетит, они худеют, наблюдается упадок сил и серый цвет лица, а печень быстро подвергается окаменению.

Согласно утверждению Ибн-Сины, от твердой опухоли печени не исцелился ни один человек.* Что касается подробного описания им лечения опухолей печени, перечня множества лекарственных препаратов, то они относятся не к раковой опухоли, а к другим воспалительным, травматическим повреждениям печени.

Таким образом, излагаемые Ибн-Сино клинические проявления «твердой опухоли» печени полностью соответствуют таковым при первичном массивном раке органа—гепатоме. Самое поразительное то, что автор

* Канон врачебной науки, кн. 3, т. 2, с. 65.

уже тогда знал о существовании двух вариантов болезни — о первичном раке печени и циррозе-раке; описал достаточно полную клиническую картину гепатомы и правильно прогнозировал исход заболевания.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ В «КАНОНЕ ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Взгляды на причины возникновения и развития заболеваний, естественно, менялись по мере прогресса самой медицины и естествознания. Однако достигнутые успехи не всегда сопровождались дальнейшим подъемом, более того, иногда имел место даже спад в той или иной области знаний.

Яркой иллюстрацией сказанному может служить эволюция представлений о запорах, под которыми следует понимать интервалы между опорожнениями кишечника, нередко достигающие 5—7 суток. Возникновение запоров почти 100 лет назад Абуали ибн-Сино объяснял различными причинами — слабостью изгоняющей силы, слабостью переваривающей силы, утратой ощущения необходимости изгнать («ибо опорожнению способствует и сила воли»), сочетанием этих факторов, включая болезни задержания (например, опухоли, полипы толстой кишки и др.). Таким образом, наш великий предшественник различал запоры, вызванные недостаточностью активных и пассивных движений, алиментарные запоры, обусловленные нервно-психическими факторами, механические, а также запоры, имеющие своей причиной сочетание нескольких факторов. Пожалуй, дополнением здесь эндокринных запоров (обусловленных гипотиреозом, гиперпаратиреозом, гипокортицизмом, сахарным диабетом, беременностью, климаксом), вызванных нарушением системного и брюшного кровообращения, а также бесконтрольным использованием большого количества предложенных в наше время лекарственных препаратов, можно было бы завершить перечень утвердившихся этиологических факторов хронических запоров у человека.

Существующее представление о патогенезе запоров весьма созвучно с концепцией Ибн-Сины: а) расстройство координации кишечных сокращений или нарушение тонуса кишечника, именуемые теперь как дискинезия толстой кишки, воздействие гормонов; б) нарушение акта дефекации, т. е. дишезия.

Великий медик, говоря об «утрате ощущения в необходимости изгнать», прекрасно понимал связь расстройства дефекации с психогенным подавлением этого акта, ослаблением соматической мускулатуры, участвующей в акте дефекации, снижением чувствительности рецепторного аппарата прямой кишки и мускулатуры тазового дна.

В «Каноне врачебной науки» отсутствует узколокалистическое направление в толковании причин хронического запора, отражавшее взгляды известного английского хирурга начала двадцатого столетия Лапе. Последний утверждал, что возникновение кишечного стаза связано с образованием связок и перегибов в кишечнике человека вследствие перехода его к вертикальному положению. Точка зрения Лайна нашла свое развитие у многих авторов, причем одни (В. Н. Розанов, 1911; Jackson, 1902) рассматривали их как врожденные образования, а другие приписывали им воспалительное происхождение (Сагно, 1930).

Не утвердились и взгляды тех авторов, которые возникновение хронических запоров объясняли значительным опущением поперечно-ободочной кишки с образованием острых углов справа и слева. Объяснение возникновения и развития хронических запоров как следствия различных анатомических врожденных и приобретенных изменений явно несостоятельно. При этом не учитываются приспособительные возможности человеческого организма, в то время как эти возможности достаточно широки (А. Г. Гукасян, 1959). Например, можно вспомнить такую врожденную аномалию, как мегасигма, которая не всегда сопровождается запорами. Многие отечественные клиницисты (В. Н. Смотров, 1930; М. И. Певзнер, 1940 и др.) решительно возражали против рассматривания энтероптоза и неправильного расположения толстых кишок как причин хронических запоров. Вместе с тем опыт показывает, что при

в прочих равных условиях течение хронического запора может усугубляться при наличии врожденных и приобретенных анатомических изменений в кишечнике.

Взгляд Ибн-Сины на возникновение запоров в связи со слабостью изгоняющей силы в наше время нашел свое подтверждение в работах Nothnagel и О. Д. Китайгородской, М. И. Певзнера и др. Авторы рассматривали запоры как следствие слабости нервно-двигательного аппарата толстой кишки, наследственного или конституционного генеза. В пользу наличия «слабости изгоняющей силы» можно привести данные о роли нервно-психических факторов в возникновении хронических запоров. Интактное симпатическое сплетение (Ауэрбаха) является необходимым для моторной функции кишечника. К сожалению, этот основной компонент внутренней нервной регуляции очень уязвим при действии различных вредных раздражителей, включая нейротоксины, поступающие с пищей или возникающие в результате воспалительных поражений кишечника.

Легкость, с которой разрушаются миэнтерические нейроны, убедительно показана в работах Смита (1967, 1968). Оказывается, что даже препараты низкой токсичности, такие как химические слабительные, если они принимаются в избыточных количествах, могут вызвать поражение миэнтерических нейронов.

В настоящее время начинают проясняться некоторые более тонкие причины миэнтерической дисфункции, особенно когда нарушается взаимосвязь между факторами питания, кишечной флорой и моторикой кишечника. Для поддержания этой гармонии Ибн-Сино рекомендовал употреблять смешанную пищу — животную и растительную. Между тем на протяжении последних 300 лет происходили огромные изменения в количестве и качестве углеводных компонентов нашей пищи, причем эти изменения были вызваны не столько физиологической потребностью, сколько модой и приятными вкусовыми ощущениями. Невероятно возросло потребление сахара, с зерновых стали снимать волокнистый жомков, широкое распространение получили продукты из белой муки. Появились и продолжают появляться новые виды кондитерских изделий. Все это сопровож-

дается ростом населения, ведущего малоподвижный образ жизни. В результате растет число людей с избыточным весом, что, в свою очередь, способствует вялости кишечника и копростазу.

Ибн-Сино придавал большое значение ритму питания: **«Не нужно в один раз кормить слишком много, а лучше кормить понемножку и многократно. Если сразу накормить досыта, то это часто приводит к остолбенению, вздутию живота, скоплению ветра»***... Животные, находящиеся в естественных условиях, не страдают от ожирения благодаря регуляторным механизмам, действующим по принципу голод—пища—насыщение. Но человек, следуя не столько аппетиту, сколько удовольствию, ослабил эти саморегулирующие механизмы (Godding, 1972). В настоящее время диетологи, гастроэнтерологи все больше осознают серьезную опасность, таящуюся в наблюдающейся перестройке наших биологических потребностей. Так, Бёркитт (1969, 1970) устанавливает, что удаление невсасываемой клетчатки, происходящее при большинстве современных методов изготовления пищевых продуктов, оказывает глубокое влияние на объем и содержание стула, бактериальную флору, внутрипросветное давление и кишечный пассаж. Проведенные в некоторых западных странах эпидемиологические наблюдения показывают, что аппендицит, дивертикулез, аденоматозные полипы и карцинома кишечника связаны с употреблением изысканной пищи.

Согласно Пейнтер (Painter, 1969, 1971), после перехода от нерафинированной пищи к изысканной явные признаки патологических изменений со стороны кишечника появляются через 20 лет.

Годдинг (1972) в своей работе «Уязвимые пункты в физиологии человека», утверждая, что введение белого хлеба и рафинированных углеводов явилось катастрофой в питании человека, призывает (как и Абуали ибн-Сино почти 1000 лет назад) к уменьшению потребления сахара и белой муки и использованию в питании хлеба из муки грубого помола, каш из цельного зерна, овощей, салатов и фруктов, часто называет инжир и сливу, причем в летнее время в свежем виде, а зимой—вяленый инжир, варенный в сиченой воде. Свеклу, пет-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 303.

рушку и небольшое количество порея, согласно Ибн-Сине, следует употреблять до еды, приправляя миррой и оливковым маслом, чтобы «содействовать смягчению естества». Понятно, что речь идет о пище, содержащей много клетчатки.

Следует помнить, что «серый» хлеб обманчив по цвету и составу, он ближе к белому хлебу, нежели из муки грубого помола. Хлеб же из грубой муки — важный источник клетчатки, витаминов и минеральных солей и не требует «улучшающих» добавок.

Адекватное количество гидрофильной клетчатки является наиболее эффективным средством повышения содержания воды в каловых массах, поскольку она удерживает воду в достаточно устойчивой в физическом понимании форме, способной противостоять избыточному всасыванию. Между тем любая попытка размягчить затвердевшие каловые массы путем ежедневного приема дополнительного количества воды будет малоэффективной, так как выпитая вода почти полностью всосется в тонком кишечнике (Ingelfinger, 1954). Наблюдаемый иногда благоприятный эффект от приема дополнительного количества воды скорее связан с рефлекторной стимуляцией моторики кишечника. Поэтому понятна рекомендация принятия жидкости утром натощак, а эффект может наступить довольно скоро, еще до поступления воды в тонкий кишечник.

Относительно возможности использования молока лицами, страдающими хроническими запорами, пожалуй, можно ограничиться рекомендациями на этот счет Ибн-Сины: «Оно полезно для тех людей, кто охотно его пьет и не чувствует после его употребления натяжения в области печени или живота, и не появляются зуд и боли».* Следовательно, уже тогда было известно, что не все люди одинаково переносят молоко, а у аллергизированных людей может наблюдаться зуд.

В «Каноне врачебной науки» помимо перечисленных выше овощей и фруктов в числе средств, предназначенных для смягчения естества, упоминается полевой выюн, кипяченый в соленой воде и приправленный миррой и оливковым маслом, а также корень полипо-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 352.

диума, если добавить его в куриный бульон или в суп, приготовленный из свеклы или капусты. Подходящим средством назван также имбирный сироп или другие сиропы с аналогичным эффектом. Для пожилых людей рекомендовано средство, изготовленное из сердцевин сафлора и вяленого инжира, взятого в десятикратном количестве по отношению к первому; оно принимается в количестве одного орешка. Для них полезна и масляная клизма.

Жизненная роль тонкого кишечника в питании, вместе с тем сложная деятельность процессов переваривания и всасывания требуют, чтобы тонкий кишечник, насколько это возможно, оставался незатронутым, а используемые химические препараты, влияющие на моторику, избирательно действовали на толстый кишечник. Важно, чтобы как уже получившие рекомендацию, так и новые химические медикаменты отбирались с учетом **сказанного исключительно принципиального критерия.** Вот почему, приступая к лечению запоров, необходимо максимально использовать факторы питания. Важно помнить, что отруби содержат примерно 20% волокна и для должной эффективности следует принимать их в большом количестве. Мы обычно применяем около 40 г в сутки (18 ложек) в качестве пищевой добавки. Это количество отрубей больные легко съедают с первыми блюдами, что оказывает благоприятное действие на больных с хроническими запорами и с дивертикулами кишечника.

При подборе слабительных средств необходимо помнить о значении целостности кишечной микрофлоры. Особенности микрофлоры тонкого и толстого кишечника хорошо известны. Тонкий кишечник содержит относительно малые количества грамположительных бактерий, таких как стрептококки, аэробные лактобациллы и бактероиды, а в толстом имеется значительная популяция анаэробных лактобацилл, бактероидов и колиформ. При нормальной перистальтике максимально сохраняется целостность этих двух популяций по обе стороны илеоцекального клапана (Gorbach, 1967). Различные разделы пищеварительного тракта, микробные виды, избирательно находящиеся в них, и взаимосвязь между организмом и населяющей его кишечной флорой образуют сложную экологическую систему. Изменение

любого компонента этой системы приведет к нарушению всего равновесия и вызовет патологические проявления (Dubos et al., 1967).

Влияние питания на количество и характер микробного пейзажа показано, в частности, введением химически чистой «бесшлаковой» пищи космонавтам, а патологические изменения структуры и функции «стерильно-чистого» кишечника у экспериментальных животных даны в сообщении Томпсона и Трекслера (1971). Можно напомнить также о дисбактериозе, под которым мы понимаем подавление антибиотиками нормальной микрофлоры слизистых оболочек и бурное развитие условно патогенных бактерий. Доказано, что дисбактериоз, вызванный антибиотиками (например, биомицином), может сохраняться в течение длительного периода и в результате вызвать воспалительную реакцию со стороны слизистой кишечника (И. П. Ищенко, Ц. И. Упорова, 1972). Поэтому совершенно прав Годдинг в своем упреке, что в рецептурные справочники с легкостью включаются все новые слабительные средства, однобоко, без глубокого анализа неблагоприятных сторон действия.

В заключение отметим, что в настоящее время накоплено много данных о важной роли толстых кишок в жизнедеятельности организма, однако лечение хронических запоров, занимающих первое место среди заболеваний пищеварительного тракта, разработано еще далеко не достаточно. Об этом, в частности, свидетельствует обилие различных слабительных. Читая великого Ибн-Сину, мы чувствуем, как мало мы достигли успехов в борьбе с одним из страшнейших бичей современности — с запором — за прошедшее тысячелетие.

О РЕЖИМЕ ПИТАНИЯ И ОЦЕНКЕ ВОДЫ

Многие советы Ибн-Сины относительно режима питания и на сегодня могут быть приняты как безусловные для нормального питания человека. Так, не подлежат обсуждению его рекомендации «есть только с аппетитом, а также не сдерживать аппетита, когда он разгорается». В последнем случае, как

нам теперь известно, в желудке действует агрессивный сок, что в конечном счете способствует язвообразованию, особенно у лиц, предрасположенных к развитию этой болезни. Как ни удивительно, об агрессивности подобного сока знал и Ибн-Сино: «В результате терпения голода желудок наполняется плохими и хорообразными соками».* (Разрядка наша.—Х. М.). Кроме того, он считал вредным избыточное питание, причем если «почувствуется излишек, то нужно поспешить вывести его». И далее: «Знай, что нет ничего хуже, чем переедать... Чрезмерное перенасыщение при всех обстоятельствах, будет ли оно от еды или питья, приводит к смерти. В результате чрезмерного насыщения немало людей задохнулось и умерло».**

Для нормального питания Ибн-Сино считал целесообразным употребление таких продуктов, которые, как бы нивелируя действие друг друга, создают оптимальное равновесие. Так, если съедены огурец и тыква, то их действие уравнивается противодействием таких средств, как чеснок и порей. Если же съедены образующие «закупорку» продукты, то нужно употреблять то, что «раскрывает отверстия и действует опорожняюще»*** После этого не следует ничего есть. Так должен поступать всякий, кто желает быть здоровым: не есть, пока у него не появится настоящий аппетит и его желудок и верхние кишки не освободятся от предыдущей пищи». Ибн-Сино категорически возражал против принятия пищи, если желудок еще не успел освободиться от содержимого: «Вреднее всего для тела — принятие пищи на несозревшую и непереваренную пищу»**** Правда, иногда возникает необходимость принимать после еды что-нибудь, способствующее пищеварению. Например, после соленой или острой пищи, при неполном переваривании, допустимо употребление увлажняющих продуктов, вследствие чего «улучшается химус от первой пищи». При употреблении грубой пищи Ибн-Сино рекомендовал съесть что-нибудь острое и быстро переваривающееся и делать после еды легкие движения,

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 323.

** Там же.

*** Там же.

**** Там же.

сообразно с количеством пищи в желудке, в особенности, если после еды захочется спать.

Рекомендуя в зимний период употребление калорийной горячей пищи и более легкой, теплой или холодной — в летнее время, он предупреждает о необходимости сдержанности для нормального ритма питания: «Не следует наполнять желудок в такой степени, при которой не остается места для дополнительной пищи, а надо переставать есть еще при наличии некоторого аппетита. Этот остаток аппетита является продолжением чувства голода, которое через незначительное время исчезает».*

Не менее убедительны советы Ибн-Сины о необходимости голодания, если человек накануне принимал слишком много пищи. Такому человеку полезно также долго и медленно ходить и выпить немного чистого вина. Спать нужно ему немного на правой стороне, потом на левой, затем снова на правой, причем члены должны располагаться так, чтобы голова была выше ног.

Спать вообще плохо как с переполненным желудком, так и на пустой желудок. По мнению Ибн-Сины, идеальный сон тот, который имеет место после спуска пищи из желудка в кишечник. Если человек заснет еще до спуска пищи в кишечник, то сон у него бывает беспокойным и прерывистым.

Количество принимаемой пищи определяется привычкой и силой человека. Крепкому здоровому человеку следует съедать такое количество пищи, которое бы не обременяло его и не раздувало. После еды он не должен испытывать чувства тошноты, страдать отрыжкой, не должно иметь место учащение пульса или ухудшение дыхания вследствие сдавления переполненным желудком грудобрюшной преграды, что ведет к поджатию легких и укорочению дыхания. Все это, согласно мнению Ибн-Сины, вызывает усиленную работу сердца и учащение пульса.

При наличии каких-нибудь трудностей, препятствующих нормальному пищеварению, он рекомендовал питаться почаще и небольшими порциями.

Хуже всего, утверждал Ибн-Сино, мешать разнообраз-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 324.



Рис. 1. Авиценна в аптеке. Заимствовано из кн. «История Медицины», изд-во «Гёна», 1922

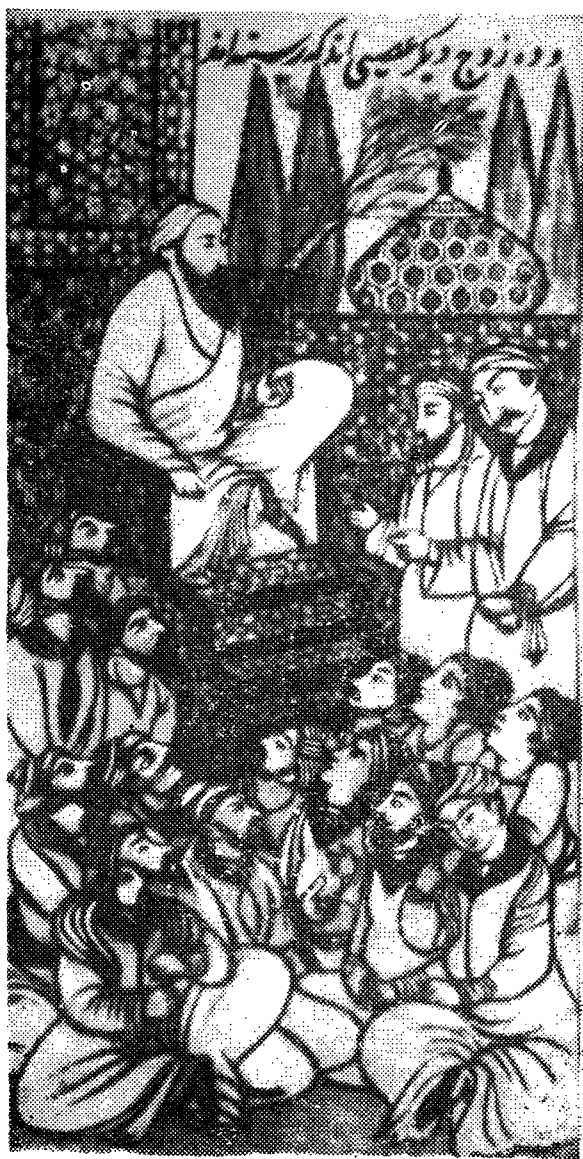


Рис. 2. Ибн Сино среди учеников. Персидская миниатюра XVIII в.



Рис. 3. Ибн Сино у больного царевича. Персидская миниатюра



Рис. 4. Портрет Авиценны. Показ большими мочи ученому для исследования. Заим-
ствовано из рукописи библиотеки в Бодони.



Рис. 5. Подготовка к операции. Стариная персидская миниатюра

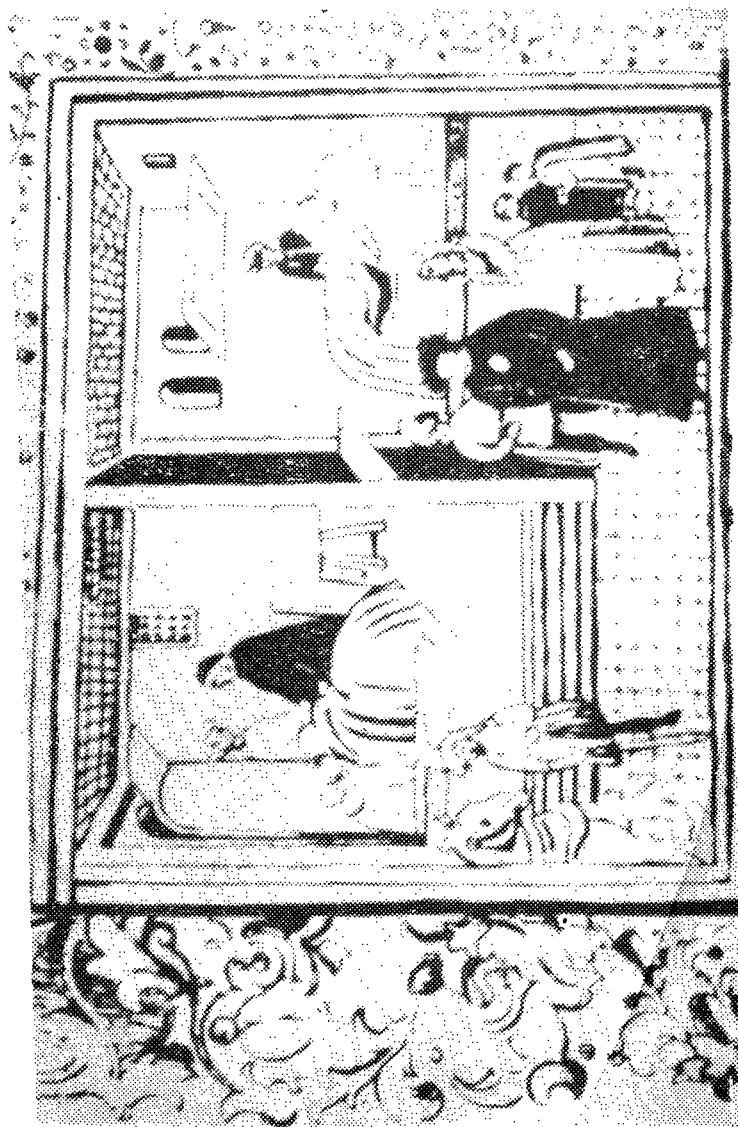


Рис. 6. Портрет Авиценны в черном плаще. Заимствовано из «Канола» болонской библиотеки.



Рис. 7. Портреты Галена, Авиценны и Гиппократов. Национальная библиотека в Париже

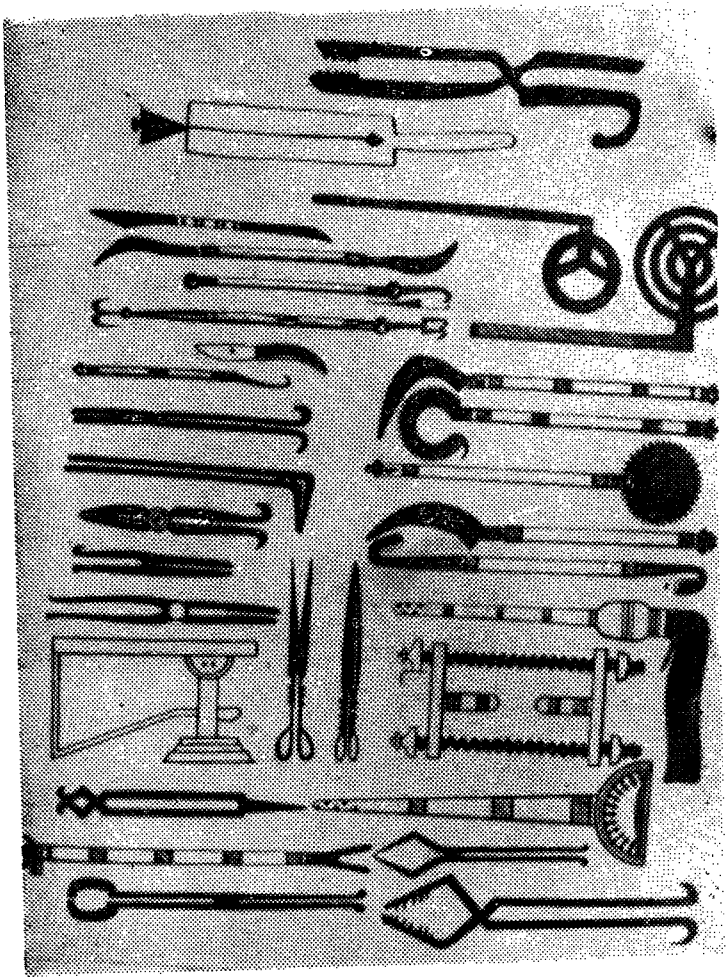


Рис. 8. Хирургические инструменты арабского врача XI в.

разную пищу и есть слишком долго, ибо пища, съеденная позже, соединяется со съеденной раньше, когда та уже начала перевариваться. В результате в переваривании частей пищи не будет единообразия. Употребление разнообразной пищи является нецелесообразным не только из-за поступления в желудок одновременно различных продуктов, требующих неодинакового времени для переваривания, и несовместимости поступления удобоваримых и неудобоваримых веществ, но и потому, что она создает возможность съесть больше, чем можно при однообразной пище.

В «Каноне врачебной науки» рассмотрены вопросы несовместимости пищевых продуктов, что требует пристального внимания и в наше время, так как это может открыть новые возможности борьбы с всевозрастающей аллергизацией организма современного человека. Так, не рекомендовано употреблять молоко одновременно с кислыми продуктами питания; мешать в еду рыбу с молоком и т. д. Впрочем, этой теме уделяли большое внимание и другие древние врачи и в первую очередь философ и врач Арнольд из Виллановы, которому принадлежит «Кодекс здоровья», написанный в четырнадцатом столетии.

После еды физические упражнения должны быть только легкими и плавными. Ибн-Сино не рекомендовал тучным людям есть сразу же после бани, а выждать и немного поспать. Еще лучше таким людям есть один раз в день. После еды он не рекомендовал выпивать много воды или употреблять вино, однако считал, что лучше перепить, чем переесть. Тому, кто допустил излишество в еде, так что при движении пища в его желудке взбалтывается, или его беспокоит питье, Ибн-Сино советовал незамедлительно отрыгнуть содержимое желудка и на следующий день оставаться голодным.

Ибн-Сино учитывал возрастные особенности в потребности пищи: «Когда человек уже в годах, его тело не будет принимать столько пищи, сколько он принимал в молодости».* Пища будет превращаться в излишки для его организма. Поэтому ему не следует есть

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 330.

столько, сколько он привык есть раньше. В то же время великий медик советовал употреблять капусту, свеклу и петрушку, цветную капусту, марь многолистную, портулак огородный и дикий цикорик. Он был явным сторонником для таких людей диеты, богатой клетчаткой: рекомендовал не очищенный от кожуры огурец, а также хлеб с отрубями, так как они быстрее проходят через кишечник.

Люди, которые занимаются физическими упражнениями и много работают, легче переносят тяжелую пищу. Легкая пища больше сохраняет здоровье, но менее поддерживает силу, а тяжелая пища — наоборот.

Заслуживают внимания советы Ибн-Сины в связи с переносимостью отдельных продуктов: если человеку неприятны сладости, то рекомендовал после них выпить кислые напитки, такие как уксус, гранатовый сок и тому подобное; если же неприятно кислое, то ему полезно после такой еды употребление меда и старого вина.

Представляют интерес рассуждения Ибн-Сины о связи различных расстройств здоровья с односторонним питанием: так, вследствие чрезмерного употребления сухой пищи пропадает сила, портится цвет кожи, высыхает естество; чрезмерное употребление жира влечет за собой вялость и отсутствие аппетита; чрезмерное употребление кислой пищи ведет к дряхлости; чрезмерность острой и соленой пищи вредит желудку, а соленая пища вредит еще и глазам.

Несмотря на то, что учение о витаминах зародилось в конце XVIII столетия (благодаря известным опытам Н. И. Лунина), а термин этот был предложен польским ученым Казимиром Функом лишь в 1912 г., в «Каноне» мы читаем о «пищевых лекарствах», стоящих ближе к лекарствам и пище, «из коих некоторые ближе к веществу крови, как например, сиропы, яичный желток, мясной сок»*. Совершенно ясно, что здесь речь идет о жизненно важных веществах, названных Ибн-Синой «пищевыми лекарствами».

Абуали ибн-Сино хорошо понимал роль воды для жизнедеятельности всего живого, исходя из ее наличия во всем, что мы принимаем внутрь. Он считал, что во-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 186.

да способствует течению питательных веществ и их размягчению и сопутствует им, когда они проходят к сосудам и устремляются к проходам. В связи с этим любопытно привести его требования к питьевой воде. Лучшая вода — это вода ручьев, но не всех ручьев, а протекающих по «чистой» земле. «Хороша вода не всякого чистого ручья, а такого, который вместе с тем и течет, да и не всякого текущего ручья, а ручья, текущего и при этом открытого для солнца и для ветров,— ведь это одно из качеств, благодаря которым текущая вода приобретает достоинство».* Воды с глинистым руслом лучше, чем те, что текут по камням. Глина очищает воду, отнимает у нее посторонние примеси и делает ее прозрачной. Однако глина в русле должна быть чистой, без примеси ила, соли или чего-либо другого. Течение воды должно быть направлено к солнцу. Если она течет на восток, то такая вода самая лучшая, затем по качеству следует вода, направляющаяся к северу, а та, что течет на запад или на юг — плоха, особенно когда дует южный ветер. Вода, спускающаяся с возвышенных мест, при наличии прочих достоинств, лучше. Взвешивание воды Ибн-Сино относил к важному способу установления ее качества, причем более легкую воду оценивал выше. Вес воды определял при помощи мерки и оригинальным методом: две тряпки или два куса хлопка одинакового веса смачивал водой различного качества, затем их насухо высушивал и взвешивал. Более легкий вес высушенной тряпки или хлопка соответствовал лучшей воде.

Для очищения «плохой» воды он рекомендовал возгонку или перегонку, а если это невозможно, то советовал ее кипятить. Кипячение, разъясняет Ибн-Сино, сначала устраняет плотность, затем подвергает частицы воды сильному разряжению, так что они становятся тоньше по составу, в результате создаются условия для осаждения и очищения воды от тяжелых земляных частиц. Между тем «невежественные врачи думают, что в кипяченой воде легкие части поднимаются и испаряются, а тяжелые остаются, поэтому от кипячения будто бы нет пользы».**

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 188.

** Там же.

Что же касается воды из колодцев и подземных каналов, то по сравнению с водой ручьев она дурная, ибо состоит из спертых вод, в течение долгого времени смешанных с частицами земли и не свободных от некоторой гнилости. Хуже всего вода, для которой проложили проход в свинцовых трубах, так как она заимствует «силу свинца» и часто вызывает язвы в кишках. К недоброкачественной воде Ибн-Сино относит и подпочвенную воду на том основании, что она долго блуждает в порах гниющей земли. Стоячая болотная вода, в особенности открытая, дурная и тяжелая. Говоря о различных печальных последствиях употребления болотной воды, он называет нередко развитие у таких людей водянки, «скользкости кишок», болезни селезенки, у беременных затруднение родов, рождение «распухших младенцев», а у взрослых также расширение вен и незаживающие язвы на ногах. Стоячие воды, каковы бы они ни были, не подходят для желудка. В то же время вода, в которой преобладает «сила железа», полезна тем, что укрепляет внутренности, препятствует расстройству желудка и «поднимает все силы желанья». Ибн-Сино считал питье холодной воды в умеренном количестве полезным для здоровых, хотя «она иногда вредна для «нервов». Холодная вода, как утверждал он, возбуждает аппетит и укрепляет желудок. Горячая вода, напротив, гасит аппетит.

Заканчивая на этом рассмотрение далеко не полной характеристики воды, приводимой в «Каноне врачебной науки», можно лишний раз убедиться в исключительно высокой эрудиции Абуали ибн-Сины в различных областях медицины. В приведенном кратком очерке о режиме питания и качестве воды ярко выступают глубокие знания автора по вопросам гигиены пищеварения в широком плане и гигиены воды в частности.

О ПОЛЬЗЕ И ВРЕДЕ ВИНА

Абуали ибн-Сино был хорошо осведомлен как о целебных, так и о вредных воздействиях вина. Старое вино он относил к разряду лекарств, которые в разбавленном водой виде могут быть исполь-

зованы в малых количествах для улучшения пищеварения. Кроме того, оно «укрепляет душевные силы». В то же время он утверждал, что к питью располагают холодные, но не горячие блюда.

«Разумный человек должен избегать употребления вина натошак» (он знал, что такое питье скорее привязывает человека к алкоголю, т. е. приводит к алкоголизму) и после чрезмерного физического напряжения. «И то и другое вредно для мозга и нервов, оно вызывает спазмы (сосудистые кризы?), помешательство в уме или еще какое-нибудь заболевание».* И далее: «Постоянное пьянство вредно, оно портит натуру печени и мозга, вызывает заболевание нервов, сакту и внезапную смерть».** Следовательно, еще тогда Ибн-Сино знал, что злоупотребление алкоголем оказывает разрушительное действие в первую очередь на нервную ткань и печень. «Человеку со слабым мозгом» он советовал пить лишь в небольшом количестве, причем обязательно разбавив водой. Выпившему излишне вина советовал вызвать рвоту, если это легко сделать, если же нет, то нужно выпить побольше простой воды или добавить к ней меда. Затем, после рвоты, он считал желательным принять горячую ванну, смазать тело маслом и поспать.

Старым людям Ибн-Сино разрешал пить в зависимости от их состояния, а молодым — умеренно. Чтобы избежать вреда алкоголя, молодым людям он рекомендовал употреблять старое вино, разбавляя его гранатовым соком и холодной водой. Категорически возражал против дачи вина детям: «Питье вина детьми похоже на добавление огня к огню или добавление к огню сухих дров»***

Ибн-Сино использовал диетические факторы, чтобы препятствовать всасыванию алкоголя в организме человека. Он считал, что липкие и клейкие блюда, а также сладкая сдоба благодаря медленному их «проникновению» препятствуют опьянению. На наш взгляд, заслуживают большого внимания напитки, используемые Ибн-Синою с целью замедления опьянения. Неко-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 336.

** Там же.

*** Там же.

торые из них являются весьма простыми. Так, перед употреблением спиртного напитка (если обстоятельства вынуждают человека пить, но желательно, чтобы он быстро не пьянел) он рекомендовал принять 30 г напитка, состоящего из одной части сока белой капусты, одной части сока кислого граната и полчасти уксуса. Смесь эта после кипячения делается пригодной для употребления.

Великий медик применял и средства, отрезвляющие пьяного. Для этого он предлагал трижды подряд выпить воду с уксусом или творожную сыворотку и кислое молоко. Кроме того, давал нюхать камфару и сандаловое дерево. Ибн-Сино считал полезным в таких случаях растирание головы смесью, состоящей из розового масла и винного уксуса. Но если требовалось анальгезирующее действие алкоголя, то он добавлял к вину некоторые средства (например, опиум, черную белену, мускатный орех и т. д.) и таким образом добивался сильного опьянения. Выраженный эффект подобных сочетаний в наше время не вызывает сомнений, так как все они метаболизируются микросомальными ферментами печени. Поэтому при одновременном поступлении в организм нескольких веществ, подлежащих метаболизму посредством одной и той же ферментной системы, легко наступал токсический их эффект и следовал очень глубокий сон, иногда даже не сменяющийся пробуждением.

Абуали ибн-Сино еще тысячу лет назад знал о синергизме вина (этанола) с опиатами.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Касаясь общих принципов лечения, сообщаемых в «Каноне врачебной науки», следует сказать, что они весьма созвучны с таковыми в современной клинике. Так, Ибн-Сино различал следующие три принципа, с помощью которых совершается лечение: 1) режим и питание, 2) применение лекарств и 3) применение действий рукой.

Рассматривая питание как составную часть режима, автор подробно останавливается на количественных и качественных ограничениях в зависимости от

характера недуга, пола, возраста и особенностей пищевых продуктов: «Бывает пища с большим объемом и с малой питательностью, вроде овощной и фружтовой..., бывает пища с малым объемом, но с большой питательностью, вроде яиц и яичек петуха».*

К уменьшению и запрещению пищи Ибн-Сино прибегал главным образом при лечении острых заболеваний на том основании, что кризис их обычно близок и есть надежда, что сила больного не изменит ему до конца болезни. Но если имеется опасность, что этого не произойдет, то не следует чрезмерно уменьшать количество пищи. Другое дело — хронические заболевания, при которых с самого начала необходимо заботиться о силе больного, «ибо знаем, что до кризиса таких заболеваний далеко»,** а потому ограничение в питании здесь должно быть умеренным. Если не сохранять силу, то «не хватит ее стойкости» при продолжительном (хроническом) течении заболевания.

Говоря об особенностях пищевых продуктов, Ибн-Сино считал важным учитывать «быстроту проникновения» их (всасывания), как например у вина, и медленность проникновения, как например у жареного мяса и вообще жареной пищи. Быстро проникающая пища, например, необходима, «когда мы желаем принять меры против упадка животной силы и хотим ее поднять и когда нет времени или сил, достаточных для переваривания медленно переваривающейся пищи»***. Особенности перевариваемости пищи полезно знать также, чтобы при кормлении не смешивать разную пищу. Важно остерегаться давать быстро перевариваемую пищу, когда принятие ее придется на ранее съеденную, медленно перевариваемую.

Рассматривая общие принципы медикаментозного лечения, Ибн-Сино указывает на следующие три правила его использования: а) выбор лекарства по качеству, б) выбор лекарства по количеству и в) прием лекарства. При выборе лекарства великий медик считал важным исходить из его противодействующего качест-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 377.

** Там же, с. 378.

*** Там же.

ва, «ибо болезнь лечится противодействиями, а здоровье сохраняется при помощи того, что способствует ему».* При назначении количества лекарства следует учитывать пол, возраст, индивидуальную непереносимость (некоторые лекарства к одним натурам подходят, а к другим не подходят), сезоны года, страну, профессию, силу и внешний вид больного. Ибн-Сино при выборе лекарств принимал во внимание «плотность» органа, его топографо-анатомические особенности; прибегал к некоторым сочетаниям, способствующим более быстрому попаданию основного препарата к больному органу: например, к лекарственным средствам, направленным на излечение органов мочевыделительной системы, добавлял мочегонное, а к сердечным — шафран; избирательно подходил к способу введения лекарственного препарата. Так, при язвенных поражениях дистального отдела толстой кишки вводил лекарство через клизму, а если же подозревал язвенное поражение проксимального отдела пищеварительной трубки, то назначал лекарства в виде питья. Выбор лекарственных веществ определяется также и тяжестью заболевания: «Когда нет ничего опасного, то к сильным мерам надо переходить постепенно и только тогда, когда легкие меры окажутся недостаточными».**

Ибн-Сино был хорошо знаком с наблюдаемым нередко привыканием к лекарственным препаратам: «Также не следует останавливаться на одном лечении одним лекарством, а следует менять лекарства. Поистине, привыкший к одному лекарству не испытывает его действия»***. Очень полезно некоторым современным молодым врачам помнить совет Ибн-Сины не прибегать к поспешным действиям, пока не установлена природа заболевания: «Если болезнь определить затруднительно, то не вмешивайся и не торопись принимать какие-либо меры»****.

Полностью сохранила свое значение для нашего времени сообщаемая в «Каноне» очередность врачебных действий у постели больного: «Если болезнь со-

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 379.

** Там же, с. 383.

*** Там же.

**** Там же.

проводится какой-нибудь болью или тому подобным, то нужно начать с успокоения этой боли. Если ты нуждаешься в притуплении боли, то не употребляй чрезмерно такие средства, как мак, ибо он, притупляя боль, становится привычным».*

Известно, что Ибн-Сино одним из первых придавал исключительно важное значение роли нервной системы в развитии многих болезней и нередко стремился оказывать на нее воздействие для исцеления больного. Поэтому мы с полным основанием вправе считать его основоположником нервизма в медицине: «Знай, что к числу хороших и действенных лечений относится пользование тем, что усиливает душевную и животную силы, как, например, радость, встреча больного с тем, что он любит, и постоянное нахождение с человеком, который радуется его. Иногда полезно постоянное нахождение с мужественными людьми и с теми, кого он стыдится. Это устраняет у больного некоторые вредные для него вещи. К числу близкого к такому роду лечения относится переезд из одного города в другой и из одного климата в другой, смена одной обстановки другой».**

Разумеется, мы коснулись лишь некоторых сторон общих принципов лечения в «Каноне врачебной науки». Но и приведенного вполне достаточно, чтобы отдать дань глубокого уважения и восхищения великому сыну таджикского народа, которым по праву гордится все прогрессивное человечество.

— . —

* Канон врачебной науки, кн. 1, с. 383.

** Там же.

О ЛИЧНОСТИ ВЕЛИКОГО ИБН-СИНО И ВЗАИМОСВЯЗИ НАУКИ И ИСКУССТВА В МЕДИЦИНЕ

Среди выдающихся личностей, чьи юбилеи отмечает все прогрессивное человечество, особое место принадлежит великому ученому эпохи Саманидов Абуали ибн-Сино.

Гениальность ученого ярко очерчена его удивительным дарованием. В самом деле, трудно назвать подобного ему многогранного эрудита, ученого, который одновременно был бы выдающимся медиком (причем широкого профиля), математиком, физиком, философом, музыкантом, являлся государственным деятелем и ко всему еще сочинял стихи! Обширность и достаточная глубина его знаний только в различных областях медицины, опережающих уровень эпохи и изложенных в основном творении Ибн-Сино «Каноне врачебной науки», служившем настольным руководством для врачей Европы и Среднего Востока на протяжении нескольких веков(!), сами по себе представляются непостижимыми.

Известно, что врачебную популярность и славу Ибн-Сино обрел уже в юношеские годы, а не со временем, по мере накопления опыта.

То обстоятельство, что Ибн-Сино удалось уже в первые годы врачевания завоевать большое признание, выделяет его личность, подчеркивает его незаурядные способности.

Есть (к счастью редкие) примеры, когда некоторые старые врачи, работавшие в клиниках на протяжении более двадцати лет и, казалось бы, достаточно изучившие логику и методологию клинической медицины, оставались весьма посредственными диагностами. В то же время мне известны отдельные начинающие

медики, которые уже с самого начала работы настолько хорошо запоминали «портреты болезней» (нюансы которых не всегда можно передать при их описании) и, следовательно, развивали свои диагностические навыки, что коллеги, не веря этому, устраивали иногда им своего рода экзамены. Узнав, что в клинику поступил какой-нибудь сложный больной, но уже с известным для старших врачей характером заболевания, они звали такого молодого врача к постели больного и предлагали дать свое заключение. И если ему после осмотра удавалось правильно сформулировать диагноз, это вызывало одновременно и восхищение, и недоверие.

Все это подтверждает правоту многих крупных ученых, подчеркивающих, что клиническая медицина вовсе не является той областью, в отношении которой можно говорить: «Здесь всякий может, если поднажать».

Один из них, В. Ф. Чиж, писал, что медицина — это своеобразная форма деятельности духа человеческого: она в одно и то же время наука, искусство, ремесло. Будущие врачи, желающие овладеть клинической наукой, изучают ее методологию и логику. Но, оказывается, этого еще недостаточно, требуется еще что-то — какие-то элементы от искусства и что-то от философии. Согласно справедливому утверждению замечательного клинициста нашего времени академика АМН СССР А. Ф. Билибина, нам лишь кажется, что наука, искусство и философия существуют отдельно, изолированно друг от друга, что они самостоятельны. На самом деле в науке есть элементы искусства, а в искусстве — элементы науки. Правда, в каждой конкретной ситуации соотношение это различно.

Окружающий нас мир и все то, что в нем совершается, мы познаем через науку и через искусство. Разница в том, что наука познает прежде всего причины явлений, а искусство в форме художественных образов воспроизводит действительность. Разумеется, наука имеет дело с миром количественных величин и достигает благодаря этому многого. Но существует и мир качества или оттенков, который также нуждается в распознавании, а для этого математики и киберне-

тики мало, они облегчают узнавание качественных категорий, но не обеспечивают глубокого их познания. И не случайно, видимо, А. Эйнштейн говорил, что ему, как ученому, Достоевский дал неизмеримо больше, чем самые выдающиеся математики мира. Можно здесь вспомнить и следующие слова Н. Бора о том, что сила искусства «заключается в его способности напоминать нам о гармониях, недостижимых для систематического анализа». Даже в тех случаях, когда «гармонии» оказываются достижимы для систематического анализа, искусство способно их обнаружить раньше, чем наука. Искусство раскрывает такие глубины, которые недоступны ни одной из наук.

Таким образом, познавательные возможности искусства столь же безграничны, как и возможности науки. В смысле распознавания явлений жизни искусство — равносильная с наукой держава, хотя оно и не знает научных логических доказательств.

Великие медики как прошлого (М. Я. Мудров), так и нашего времени (А. Л. Мясников, В. Х. Василенко, А. Ф. Билибин), чтобы стать хорошим врачом, в качестве основного требования называли наличие большого ума, что должно сочетаться с добротой, любовью к природе и исключительной наблюдательностью. «Если научному работнику необходима наблюдательность, то врач-клиницист по наблюдательности, так сказать, должен быть чемпионом; тогда он будет улавливать многое полезное и станет мастером своего дела».

Таким мастером своего дела Ибн-Сино, согласно автобиографическим данным, смог стать в восемнадцать лет, имея все вышеназванные качества, разумеется, обладая еще и огромным трудолюбием. Ибо совершенно ясно, что без упорного труда и целеустремленности природные качества сами по себе к успеху не приведут.

Многогранную деятельность этого великого ученого, преуспевающего в самых различных отраслях современной ему науки, можно объяснить лишь исключительными особенностями и силой его ума, которые позволяли ему удерживать и постоянно оперировать огромной и весьма разнохарактерной информацией, что в наше время посильно, пожалуй, только для

«мозга» колоссальной системы электронно-вычислительных машин.

Известно, что мышление человека осуществляется благодаря деятельности так называемой второй сигнальной системы. Люди с развитой второй сигнальной системой характеризуются философским складом ума. Существует и другая, так называемая первая сигнальная система. При доминировании последней наблюдается склонность к художественному творчеству.

Среди ученых, не говоря уже о художниках, если у них достаточно ярко выражены проявления первой сигнальной системы, можно видеть желание написать труды в весьма лаконичной форме, они чаще прибегают к графическим изображениям в виде различных схем, диаграмм и рисунков.

В период, когда отсутствовали ограничения объема диссертаций, в некоторых научных школах, которые на протяжении многих лет разрабатывали какую-нибудь большую проблему, можно было видеть крайние объемы рукописей работ по довольно близким как по содержанию, так и по результатам темам. При этом лаконично изложенные диссертации пестрели рисунками, графиками, и напротив, в пухлых томах других диссертационных работ иллюстративный материал был представлен весьма скромно.

И не случайно, видимо, М. П. Кончаловский—брат талантливого художника Н. П. Кончаловского стал выдающимся клиницистом. Он и многие другие блестящие деятели клинической медицины (А. Л. Мясников, В. Н. Виноградов, А. И. Нестеров, В. Х. Василенко, С. С. Юдин и др.) проявляли большой интерес к произведениям искусства. Пожалуй, живопись привлекала этих замечательных деятелей науки не в меньшей степени, чем медицина. Уникальные коллекции живописи, собранные А. Л. Мясниковым и В. Н. Виноградовым, известны многим. Всякий раз посещение с А. Л. Мясниковым и В. Х. Василенковым картинных галерей доставляло мне огромное удовольствие, поражало исключительно тонкое понимание и толкование ими полотен. Несмотря на преклонный возраст и усталость от напряженной работы, они

здесь оживлялись и проводили много времени у выставленных картин.

Однако надо заметить, что среди людей чаще встречаются лица примерно с одинаковым развитием сигнальных систем, разумеется, не с одинаковой их силой.

Возвращаясь к анализу незаурядности Ибн-Сино, можно смело утверждать, что важным залогом его успехов несомненно было совершенное развитие деятельности обеих сигнальных систем. Нам здесь могут указать на то, что даже такой многотомный труд Ибн-Сино, каким является «Канон врачебной науки», не содержит сколько-нибудь значительного количества рисунков, графических изображений и т. д. Это обстоятельство, видимо, связано с традицией написания медицинских книг в эпоху ученого. Кроме того, мы должны сказать, что при значительном развитии первой сигнальной системы человек вовсе не обязательно должен быть художником или много рисовать.

Врач, имеющий наряду с активной второй сигнальной системой сильную первую сигнальную систему, обладает, следовательно, элементами яркого художественного восприятия. Он скорее заметит и запомнит оттенки заболевания или «портреты болезней». У такого врача, «чемпиона по наблюдательности», больше шансов стать хорошим диагностом.

Деятельность мозга определяется также силой основных нервных процессов, которыми являются процессы возбуждения и торможения. При этом очень важно состояние их подвижности. Так, при нормальной силе основных нервных процессов и их хорошей подвижности человек может легко перейти из состояния бодрствования ко сну, проснувшись же после сна, он может быстро стать активным.

С годами, под влиянием инволюционных изменений, которые, в свою очередь, зависят от генетических особенностей, факторов внешней среды, куда можно отнести прежде всего перенесенные травмы, особенно психические, ведение неправильного образа жизни, в известной мере разбалансированное питание и т. д., у некоторых несколько раньше, у других позже наступает ослабление силы основных нервных процессов, их инертность. Вот почему здоровые дети, в отличие

от взрослых, уравновешенные, они легко засыпают, проснувшись, не проводят много времени в постели, они легче переносят момент ожидания. Совершенная регуляция центральной нервной системы позволяет детям легко переносить погодные перепады. Старые же люди, напротив, раздражительны, сон у них нередко нарушен, переход от бодрствования ко сну и от сна к бодрствованию замедлен, они чувствуют перемену погодных факторов и т. д.

Однако надо сказать, что не все люди в преклонном возрасте обнаруживают проявления ослабления нервных процессов и развитие их инертности. Имеются указания на то, что Наполеон мог очень быстро засыпать, что возможно при хорошей подвижности нервных процессов. Таких примеров, относящихся к лицам и более преклонного возраста, известно много.

Можно с уверенностью утверждать, что Ибн-Сино без исключительной активности высшей нервной деятельности вряд ли мог оставить столь богатое наследие.

Старение организма далеко не определяется лишь возрастным фактором. Французы говорят, что возраст человека определяется состоянием его сосудов, и в этом содержится большая доля истины.

Каждому известно, что память у человека с годами ослабевает, но не у всех в одинаковой степени. Среди лиц преклонного возраста встречаются люди, которые поражают своей исключительной памятью. Мой учитель академик А. Л. Мясников обладал исключительно своеобразной манерой «написания» книг. Он вызывал на дом стенографистку и диктовал за две недели солидную монографию на память, называя авторов цитируемых работ в соответствующих местах текста, точно назвал годы публикаций, на которые он ссылался. Это было поразительно. Он всегда отличался яркостью ума, чем вызывал восхищение всей аудитории.

Преждевременное старение людей развивается чрезвычайно разнообразно даже в тех случаях, когда факторы внешней среды, в частности профессиональные, однородны.

В настоящее время общепризнанной является гетерохронность старения — неодновременное наступление изменений в различных органах и системах чело-

вещеского организма. Эта гетерохронность мало выражена при естественном старении и характерна для преждевременного старения. Кстати, Ибн-Сино знал о неодинаковой устойчивости органов в целостном организме, подчеркивая, что «иногда один орган слабее другого, и он скорее подвергается заболеванию». Определение старения как естественного или преждевременного процесса имеет большое значение для понимания взаимоотношений, наступающих в организме с возрастом, а также для организации профилактики преждевременного старения. Получивший признание в наше время путь к активному долголетию через правильное сочетание ритма труда, двигательного режима и питания не раз подчеркнут еще в «Каноне врачебной науки».

Изучая богатое наследие великого медика, можно утверждать, что диагностика его в значительной степени строилась на эмпирическом подходе и интуиции, исходящей из опыта личного и опыта предшествовавших поколений врачей. Во многом его диагностика была искусством в высшей степени высокообразованного для своего времени ученого и талантливого врача. Естественно, он не располагал даже элементарными возможностями лабораторной диагностики. Поэтому его диагностика не могла быть подтверждена объективными данными. И действительно, столь хорошо изучивший в свое время анатомию человека, Ибн-Сино ушел из жизни более чем за пять столетий до открытия законов кровообращения, сделанного Гарвеем. Поэтому нет ничего удивительного в том, что Ибн-Сино имел далекие от истинных представления о кровообращении человека: он тщательно оценивал мочу у больного по цвету, характеру осадка (зрительно), весу и даже вкусу, но лишен был возможности подвергнуть ее современному химическому, бактериологическому анализу и микроскопическим исследованиям.

Однако он знал, что моча у больного сахарным диабетом тяжела и, если ее кипятить, остается осадок, имеющий привкус меда. Он знал о таких осложнениях болезни, как гангрена конечностей, ухудшение зрения, получивших объяснение лишь много веков спустя, после появления современных методов иссле-

дования. В его время, естественно, не применялись электрокардиографические (не говоря уже о мониторных), электрофизиологические методы исследований, создавшие целую эпоху в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний.

Разве мог мечтать ученый о диагностике врожденных пороков сердца и сосудов, атеросклеротических и тромбоэмболических поражений сосудов, целого ряда заболеваний легких и печени без современных рентгено-контрастных методов исследований?

Не следует забывать, что деятельность ученого проходила более девяти столетий назад. Между тем клиническая наука делает колоссальные успехи уже за какие-нибудь 3—4 десятилетия. Если 30—40 лет назад казалась сложной диагностика некоторых форм инфаркта миокарда, хронического гепатита, нефрита, коллагенозов, то сегодня она стала общедоступной.

Только за последние десятилетия успехи биохимии, разработка методов определения энзимов и гормонов не только способствовали совершенствованию диагностики многих форм патологии сердца, легких, печени, желудочно-кишечного тракта, но и сделали возможным распознавание целого ряда прежде труднодиагностируемых заболеваний. В связи с созданием сравнительно недавно волоконной оптики и появлением на ее основе фиброскопов гастроэнтерология за короткий срок поднялась на небывалую высоту, стала реальной топоческая и своевременная диагностика гастро-интестинальных поражений, включая сложные. Существенно изменились многие представления о патогенезе и клинических особенностях заболеваний, улучшились возможности терапии.

Широкое внедрение методов прижизненных исследований ткани различных органов (печени, почек, слизистой желудка, кишечника) лишь за последние 20—30 лет свершило революцию в деле понимания вопросов диагностики, патогенеза, клиники и лечения многих заболеваний, привело к описанию новых нозологических форм, ранее не известных из-за иного методического уровня исследований.

Как быстро развивается медицина, впрочем, в тесной связи с развитием других наук и особенно физики, химии, молекулярной биологии и т. д., можно се-

бе представить и на примерах внедрения в клинику радиоактивных изотопов, иммунологических исследований, которые буквально на глазах изменяют многие прежние представления.

Успехи современной диагностики, как справедливо утверждает академик Е. И. Чазов (1979), определяются достижениями научно-технического прогресса и в особенности более совершенным врачебным мышлением, основанным на глубоких знаниях значительного объема информации об особенностях патологического процесса, на умении правильно интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Отсюда в наше время диагностика стала более совершенной, более точной, но и более сложной.

Вместе с тем из сказанного видны причины различных неточностей и порою весьма далеких от истины представлений о богатом наследии Ибн-Сино. Они связаны с примитивностью уровня исследований больного человека в эпоху деятельности ученого. Фактически тогда отсутствовали даже элементарные возможности анализа больного человека, доступные в наше время даже для среднего медицинского персонала.

Примитивность и наивность многих положений в трудах Авиценны очевидны, если к ним подойти с позиций последующего девятисотлетнего развития науки. Какие могут быть предъявлены требования в научном плане к произведениям, написанным много веков назад, если, по справедливому убеждению великого И. П. Павлова, книги, «написанные 10 — 20 лет назад, нужно считать уже устаревшими».* Здесь полезно вспомнить также его высказывание о том, что «...наука движется толчками, в зависимости от успехов, делаемых методикой. С каждым шагом методики вперед мы как бы поднимаемся ступенью выше, с которой открывается нам более широкий горизонт с невиданными ранее предметами».

Сохраняя для истории медицины уникальное и неповторимое наследие Ибн-Сино, следует подчеркнуть, что большая часть его творений, основанных на

* Павлов И. П. Лекции по физиологии 1912 — 1913. Из-во АМН СССР, 1949, с. 8.

личном опыте ученого, умелом использовании произведений классиков древней медицины, а также на данных собственных исследований выделений больного человека, и по сей день сохраняют свое познавательное и практическое значение. Более того, огромный опыт Ибн-Сино по использованию множества лекарственных препаратов растительного происхождения, в значительной степени неизвестных в современной фармакопее, представляет собой богатейший материал, изучение которого потребует труда многих поколений фармакологов и медиков.

Основной мыслью нашего послесловия была попытка охарактеризовать личность великого медика прошлого, посвятившего свой ум, свою богатырскую работоспособность служению человечеству.

Личность человека — это не просто мозг и не просто связи, непрерывно замыкающиеся и размыкающиеся между его клетками. Личность — это такие связи; благодаря которым строится образ самого себя и своей среды. Это образ ценностей, определяющих поведение человека. Ибн-Сино был прекрасным человеком, без чего немислима слава замечательного врача. Напомним, что учиться быть врачом — это значит прежде всего учиться быть человеком.

Медицина интересна, однако сложность ее в том, что врач должен иметь авторитет, а заслужить его не так-то легко. Хороший врач, таким образом, появляется не чудом. Он — результат огромной подготовки и внутренней самодисциплины. Деятельность врача, его клиническое мышление не будут поняты, если не рассматривать «его как синтез ученого, философа и художника, т. е. как единство трех ипостасей» (А. Ф. Билибин).

В наше время предлагают определять личность врача следующими измерениями: в ширину (кругозор с усвоением достигнутого предшествующей культурой), в высоту (образование, эрудиция), в глубину (воспитание и самовоспитание), кроме того, необходимо стремление в будущее — мостик к будущему. Нетрудно ответить, каким идеалом является личность Ибн-Сино, если оценивать ее с этих позиций, а проложенный им мост в будущее еще долго будет способствовать раскрытию многих тайн клинической медицины и фармакотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

Абуали ибн-Сино. Канон врачебной науки, т. 1. Ташкент, 1954.

Гукасян А. Г. Запоры и их лечение. Медгиз, 1959.

Ищенко И. П., Упорова Ц. И. О влиянии биомидина на гистологическую структуру слизистой кишечника кроликов.— В кн.: Проблемы гастроэнтерологии. Вып. 2. Душанбе, «Дониш», 1972, с. 218—221.

Китайгородская О. Д. Фельдшер и акушерка, 1956, № 12, с. 8—12.

Мясников А. Л. Болезни печени. М., Медгиз, 1949.

Певзнер М. И. Хронические заболевания желудка и кишок. М., 1940.

Розанов В. Н. Медицинское обозрение. 1911, № 7, с. 1—9.

Смотров В. Н., Успенский А. Е. Тер. архив, т. 8, № 4—5, с. 395—431.

Burkitt D. P. Lancet, 1969, v. 2, p. 1229.

Burkitt D. P. Lancet, 1970, v. 2, p. 1237.

Carno P. Le stereormes cliniques medicales de l'hotel Dieu. Paris, 1930, 1, p. 128—144.

Dubos R. J., Savage D. C., Schaefer R. W. Diseases of the colon and rectum, 1967, v. 10, p. 23.

Godding E. F. In: Management of constipation, ed. by A. Jones and E. W. Godding. Blackwell, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1972, p. 25—76.

Gorbach S. L. Gut, 1967, 8, p. 530.

Ingelfinger F. J. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1954, v. 58, p. 503.

Jackson G. W. Med. Press. London, 1902, CX, p. 375.

Lane W. A. Klin. Wschr, 1911, 17, 741.

Nothnagel H. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. Wein-Hölder, 1903.

Painter N. S. Lancet, 1969, 2, 586.

Painter N. S. Brit. Med. J., 1971, 1, 156.

Smith B. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1967, 30, 506.

Smith B. Gut, 1968, 9, 139.

Thompson G. R., Trexler P. C. Gut, 1971, 12, 230.



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
«Канон врачебной науки» с позиций современной клинической медицины	3
Ключи к диагностике	4
Истоки учения о циррозе печени	11
О раковой опухоли печени	13
Хронические запоры в «Каноне врачебной науки» и современное состояние проблемы	14
О режиме питания и оценке воды	20
О пользе и вреде вина	26
Общие принципы лечения	28
О личности великого Ибн Сино и взаимосвязи науки и искусства в медицине.	32
Л и т е р а т у р а	42

Печатается по постановлению
Редакционно-издательского Совета
Академии наук Таджикской ССР

Хамид Хусенович МАНСУРОВ

**Авиценна о некоторых болезнях
органов пищеварения и правильном питании**

Ответственный редактор **Инна Павловна Ищенко**

Редактор издательства **Т. М. Любименко**
Художественный редактор **Р. Абдуразаков**
Технический редактор **В. Н. Щемелинина**
Корректор **Л. Д. Полисская**

Сдано в набор 12. 10. 1979 г. Подписано в печать 29. 10. 1979 г.
КЛ 05302. Формат 84×108¹/₃₂. Бумага тип. № 1. Гарнитура «Лите-
ратурная». Печать высокая. Усл.-печ. л. 2,3. Уч.-изд. л. 2,66. Ти-
раж 17320. Заказ 909. Цена 40 коп.

Издательство «Дониш», Душанбе, 29, ул. Айни, 121, корп. 2.
Типография издательства «Дониш», Душанбе, 29, ул. Айни, 121,
корп. 2.